

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

143

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 mars 1891, à 1 heure

PAR

Frédéric-Victor BONNARD

Né à Bouhy (Nièvre) le 12 mai 1860

DE CERTAINES FORMES
DE KÉRATITE

CONSÉCUTIVES A DES ALTÉRATIONS LÉGÈRES DU NERF TRIJUMEAU

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LE DENTU, professeur.} \\ \text{HUMBERT, BRUN, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15
1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

143

Année 1891

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 mars 1891, à 1 heure

PAR

Frédéric-Victor BONNARD

Né à Bouhy (Nièvre) le 12 mai 1860

DE CERTAINES FORMES
DE KÉRATITE

CONSÉCUTIVES A DES ALTÉRATIONS LÉGÈRES DU NERF TRIJUMEAU

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LE DENTU, professeur.} \\ \text{HUMBERT, BRUN, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUD.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ STRAUS
	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETTERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0042

INTRODUCTION

Pendant les quelques mois que nous avons passés, à la fin de l'année 1890 et au commencement de celle-ci, en qualité d'assistant à la clinique nationale des Quinze-Vingts, il nous a été donné d'observer quelques cas de kératite qui, au premier aspect, semblaient devoir rentrer dans le groupe des inflammations primitives de la cornée que l'on observe journellement.

Mais un examen plus minutieux faisant découvrir des symptômes que l'on n'observe pas dans la kératite primitive, tels que des troubles dans l'innervation de la région oculaire, et principalement l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive, fit penser à une autre étiologie et nous permit de rattacher ces affections à la variété neuro-paralytique.

Aux quelques observations que nous avons pu recueillir parmi les malades qui se présentent à la consultation de M. le Dr Kalts, celui-ci a eu la bienveillance d'en ajouter une prise par lui antérieurement.

Enfin nous avons pu trouver dans la littérature ophthalmologique un certain nombre de faits analogues, no-

tamment une dizaine d'observations publiées en 1881 par M. James L. Minor, de New-York (1).

C'est la réunion de ces documents et les conclusions que l'on peut tirer de l'ensemble de ces faits, offrant un certain nombre de points communs, qui fera la base de notre travail.

Mais tout d'abord nous tenons à témoigner ici notre vive reconnaissance, pour leur enseignement journalier, à nos maîtres des Quinze-Vingts, MM. Trousseau, Chevalereau, Valude. Nous remercions en particulier M. Kalt des utiles conseils qu'il a bien voulu nous donner dans cette étude.

Nous rendons hommage à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Raymond, Du Castel, Terrier, Chauffard. Leurs excellentes leçons, la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée, ont droit à toute notre gratitude.

Nous ne saurions oublier non plus notre autre maître et ami, M. le Dr Dehenne ; la sympathie, l'intérêt qu'il nous a toujours portés lui acquèrent nos meilleurs souvenirs.

Merci à notre ami Ch. Durand, pour la part qu'il a prise à notre travail, en nous traduisant gracieusement les observations étrangères que nous relatons.

Enfin nous remercions sincèrement M. le professeur Panas de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

1. Minor (J.-L.). Anæsthesia of the cornea and its significance in certain forms of eye diseases (*American Journ. of méd. science.*, 1881, p. 131).

CONSIDÉRATIONS

RELATIVES AUX TROUBLES DE NUTRITION CONSÉCUTIFS AUX
LÉSIONS DE LA CINQUIÈME PAIRE.

Notre intention n'est certes pas de faire une description de la kératite paralytique. Cette affection connue depuis longtemps a été observée et décrite par des auteurs plus autorisés.

Les sections du trijumeau, dans les recherches expérimentales, donnent lieu à des troubles de nutrition de l'œil qui ont été bien étudiés. Ces troubles trophiques qui intéressent les différentes membranes de l'œil, et en particulier la cornée transparente, se retrouvent avec les mêmes particularités en clinique, et l'autopsie a, dans ces cas, révélé une lésion du nerf trifacial équivalant à sa section complète ou partielle, qu'il s'agit d'exostose, de tumeur cérébrale ou de méningite.

Dans tous ces cas, on voit rapidement la cornée s'infiltrer, prendre une teinte opaline, puis jaunâtre ; un abcès se forme, s'ulcère, s'accompagnant d'hypopion. Bientôt une perforation de la cornée se produit plus ou moins grande, et l'on assiste souvent à la perte totale de l'œil.

Telles sont les conséquences de la section du trijumeau artificielle ou pathologique. Sans atteindre ce degré de gravité, des lésions du nerf ne peuvent-elles exister, depuis l'hypérémie simple jusqu'aux altérations qui caractérisent la névrite; et ces lésions ne peuvent-elles pas être de nature à influencer sur sa fonction. Le zona ophthalmique appartient du reste à cette dernière catégorie. Mais nous pensons qu'en dehors de ces éruptions herpétiques, des lésions nerveuses, relativement légères, peuvent donner lieu à d'autres manifestations oculaires, ulcérations superficielles, et même simples infiltrations des lames de la cornée.

En 1875, M. Galezowski s'exprimait ainsi: (1) « Les maladies de la 5^e paire peuvent se traduire par des ulcérations oculaires des plus variées; le plus souvent c'est du côté de la cornée et de la peau des paupières et du front qu'on trouve des ulcères, des nécroses et des vésicules comme dans le zona ».

C'est ainsi qu'après avoir rapporté les abcès nécrotiques, ulcères dus à l'altération des centres nutritifs dans les affections cérébrales, il ajoute :

« Dans d'autres cas moins graves, et surtout dans les ulcérations consécutives au traumatisme, on n'a constaté quelquefois que l'anesthésie de la cornée. Dans les altérations plus périphériques, et notamment lorsqu'elles occupent le ganglion de Gasser, les affections oculaires

(1) Sur les affections oculaires provenant de la cinquième paire (*Recueil d'ophtalmologie*, 1875, p. 253).

prennent une gravité exceptionnelle, soit qu'il se produise un zona ophthalmique, soit que la cornée, l'iris et la choroïde subissent des désordres plus ou moins intenses.

Enfin, dans les inflammations des branches périphériques de la 5^e paire, nous voyons des accidents oculaires de moindre intensité, rarement inflammatoires le plus souvent névralgiques, etc., etc. »

Et plus loin : « Lorsque l'affection occupe la racine sensitive de la 5^e paire, qu'elle se trouve dans la moëlle allongée ou dans la protubérance annulaire, les altérations du système nutritif de l'œil ne viennent que d'une manière très tardive, ce qui, du reste, est complètement conforme aux expériences de Magendie et de Claude Bernard ; mais ce qui est plus intéressant à signaler, c'est que les ulcérations qui s'observent du côté de la cornée sont relativement de peu de gravité ; on voit habituellement se produire une ulcération soit au centre, soit à la périphérie de la cornée ; cette ulcération suit une marche lente et progressive jusqu'au moment où la perforation a lieu, puis arrive le travail de réparation et l'ulcère se cicatrise sans ou avec adhérence de l'iris, selon l'étendue de l'ulcère. »

On voit donc que Galezowski admettait tous les degrés d'altération nutritive dans les affections de la 5^e paire, depuis la nécrose de la cornée, l'ulcération avec perforation, hernie de l'iris, etc., jusqu'à une légère ulcération superficielle et même jusqu'à la simple anesthésie de la cornée sans aucune autre complication.

D'autres auteurs ont aussi signalés ces altérations peu

graves de la cornée à la suite de lésions nerveuses probablement légères, et même l'absence de troubles trophiques dans des cas où la cornée était totalement insensible. N'est-ce pas là d'ailleurs ce qui permit à Meissner et à Schiff ainsi qu'à d'autres expérimentateurs de conclure que le trijumeau possède deux ordres de fibres, les unes essentiellement trophiques, occupant la portion interne du nerf, les autres externes présidant à la sensibilité en sorte que, selon le siège de la lésion, on peut observer des troubles de la sensibilité et de la nutrition indépendants les uns des autres.

Dans la kéralite neuro-paralytique des auteurs, les lésions graves du trijumeau donnent lieu à des nécrobioses plus ou moins étendues de la cornée.

D'autre part ces altérations nerveuses, moindres sans doute, ne donnent lieu dans le zona ophthalmique, qu'à une éruption de vésicules siégeant sur la cornée ainsi que dans les régions voisines. A la rupture de ces vésicules fait suite une ulcération.

Dans les cas qui nous occupent, les altérations de la cornée se manifestent d'emblée sous la forme d'une ulcération superficielle ; d'autres fois elles se bornent à une infiltration des lames. Souvent les deux processus se trouvent réunis.

Dans tous les cas, il existe d'autres signes qui leur sont communs, et qui peuvent leur faire supposer une même origine.

Nous allons exposer ces différents symptômes, qui se manifestent tant du côté de la cornée que de la conjonc-

tive et des autres régions, cutanées ou muqueuses, qui sont innervées par la 5^e paire.

SYMPTOMES.

Infiltration de la cornée. — La lésion cornée peut se borner à une simple infiltration sans perte de substance. L'infiltration est plus ou moins étendue. Elle peut occuper la cornée toute entière ou seulement une partie de celle-ci à laquelle elle donne une teinte opaline. Si elle est suffisamment accentuée, il suffit de l'examen à la lumière solaire pour l'observer; mais si l'affection est au début, cet éclairage souvent ne suffit pas, et il faut recourir à l'éclairage oblique pour reconnaître ce processus, que les autres signes font soupçonner; nous voulons surtout parler de l'anesthésie, symptôme sur lequel nous reviendrons plus loin.

Tantôt la cornée infiltrée présente, ainsi que nous l'avons déjà dit, une teinte opalescente répandue uniformément dans toute son étendue; tantôt elle offre une opacité plus ou moins grande mais partielle, dont le siège est variable. Elle peut occuper le centre de la cornée, juste en face de l'ouverture pupillaire, et alors être entourée d'une zone transparente. Elle peut siéger sur l'un des côtés de la cornée, présentant la forme d'un croissant dont le grand arc serait en rapport avec le limbe cornéen.

Le plus souvent, lorsque le malade se présente, l'opa-

cité est manifeste, son centre est épais, et au fur et à mesure que l'on s'en éloigne, la teinte devient de plus en plus claire et la transparence reparaît, à peine voilée par des traînées blanchâtres et diffuses.

Cette infiltration est plus ou moins prononcée par places, ou au centre, soit que ces points là aient été les premiers atteints, soit qu'ils représentent un leucome ancien résultant d'une atteinte antérieure semblable. En effet le malade, qui fait le sujet de notre observation I, nous apprend que, quelques années auparavant, il a été atteint dans les mêmes conditions. Une tache s'est développée sur la cornée en même temps qu'il présentait les autres signes que nous exposerons plus loin. Puis la guérison est survenue ; la cornée s'est éclaircie, mais il est resté un leucome indélébile qui devient le centre de l'infiltration actuelle.

Mais si ces points centraux sont plus opaques que le reste, ils ne présentent pas cependant la teinte jaunâtre que l'on observe dans les parties correspondantes et qui deviennent le foyer d'un abcès, après la section du trijumeau. En effet, tandis que dans les sections complètes de ce nerf, on assiste à une infiltration croissante, dont le centre s'abcède et se complique de perforation de la cornée, d'hypopion ; ici le processus est beaucoup moins bruyant : pas d'hypopion, pas d'abcès. Mais en revanche il peut être assez long. Si la guérison ne se fait pas trop attendre, on voit la cornée s'éclaircir peu à peu de la périphérie vers le centre, et l'affection se termine par une

résorption plus ou moins complète, ne laissant qu'un leucome qui occupe la partie la plus atteinte.

D'autre fois la réparation ne marche pas aussi vite, et l'on voit apparaître de fins vaisseaux qui proviennent du limbe scléro-cornéen. Les parties infiltrées s'organisent, et il peut en résulter une sclérose, plus ou moins étendue.

Ulcération. — D'autres fois, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, la cornée présente une ou plusieurs ulcérations. Leur siège est variable ainsi que leur étendue : occupant tantôt le centre tantôt la périphérie de la membrane transparente, elles donnent lieu à des troubles de réfraction plus ou moins accusés, selon leur position.

En général superficielles, elles ressemblent souvent aux ulcères transparents que l'on observe dans le cours des conjonctivites, n'était l'anesthésie dont elles s'accompagnent ; mais elles peuvent gagner quelquefois en profondeur et en étendue. La guérison se fait assez lentement en même temps que la sensibilité reparaît ; et il reste fréquemment un tissu de cicatrice à la place qu'elles occupaient.

Ces ulcères sont entourés d'une petite zone blanchâtre, dont la teinte décroît vers la périphérie. La cornée qui est le siège de pareilles ulcérations, peut en outre présenter dans le reste de son étendue une infiltration diffuse parsemée çà et là de points plus épais.

Anesthésie. — Ce symptôme caractérise essentiellement les lésions que nous venons de rapporter : car, qu'il s'a-

gisse d'infiltration des lames de la cornée ou d'ulcération, rien ne les différencierait des kératites ordinaires. Mais le fait qu'elles s'accompagnent d'anesthésie plus ou moins complète, partielle ou totale de la surface cornéenne, permet de leur assigner une origine paralytique.

Ce signe a donc une importance de premier ordre dans les cas qui nous occupent et sa recherche, quelquefois difficile, demande une certaine délicatesse.

Souvent les malades, ignorants de ce qu'on va leur faire et redoutant un attouchement douloureux, accusent de la sensibilité avant même qu'on ne les ait touchés. D'autres fois un clignement de paupières amène le bord de celles-ci et les cils en contact avec le stylet dont on se sert pour cette exploration et la sensation éprouvée par celle-ci peut être une cause d'erreur. Enfin la totalité de la cornée n'est pas toujours insensible, et il importe de l'explorer dans toutes ses parties. Minor se servait, pour cette recherche, d'une mèche de coton roulée en pointe ou d'un poil de brosse et comparait les sensations perçues par la cornée saine et par la cornée malade : Voici le procédé que nous employons pour cette exploration.

Nous nous assurons d'abord de l'état de la conjonctive bulbaire en promenant légèrement sur celle-ci la pointe d'un stylet moussé. On sait que cette muqueuse n'est généralement pas très sensible. Il y a cependant des portions qui ressentent très bien le plus léger attouchement. Mais il est facile de trouver certaines parties où la pointe du stylet ne provoque aucune sensation,

C'est l'attouchement de cette partie qui nous servira

de point de comparaison pour reconnaître les parties anesthésiées de la cornée. Alors faisant diriger le regard du malade en haut, et fixant la paupière inférieure avec un doigt, on promène légèrement la pointe du stylet sur la portion insensible de la conjonctive et l'on remonte peu à peu jusqu'au bord scléro-cornéen et jusqu'au centre de la cornée, tout en interrogeant le malade sur les sensations perçues. La même opération se fait dans la partie supérieure en faisant regarder en bas et maintenant la paupière supérieure. Les parties latérales s'explorent tout aussi facilement.

Lorsque toute la surface cornéenne est insensible, on le reconnaît facilement ; dans toute son étendue la réaction est négative comme dans la portion insensible de la conjonctive. Mais il n'en est pas de même lorsque certains points seulement sont insensibles, ou bien lorsqu'à côté de ceux-ci se trouvent d'autres régions dont la sensibilité, tout en étant conservée, est plus ou moins amoindrie. Il faut alors comparer les sensations éprouvées dans ces derniers points avec celles que l'on provoque par l'atouchement d'une portion intacte soit sur la cornée malade, s'il en existe, soit plutôt sur l'autre œil.

L'anesthésie peut être absolue, comme dans le cas d'ulcération rapporté dernièrement par M. Lagrange de Bordeaux (1).

Elle peut être considérablement diminuée : l'observa-

1. Kératite paralytique gauche se compliquant d'une paralysie double et complète des deux nerfs de la 5^e paire (*Recueil d'ophthalmol.*, nov. 1890, p. 647).

tion III que nous devons à l'obligeance de M. Kalt, en fait foi.

Enfin elle peut n'être que légère ou ne se manifester que par place. Et d'ailleurs n'a-t-on pas relaté des cas où une kératite de ce genre pouvait exister malgré la sensibilité de la cornée, alors que d'autres signes démontraient l'altération du nerf qui préside à la nutrition de ces régions.

Dans les cas qu'il nous a été donné d'observer, avec une sensibilité très diminuée, quelquefois intacte dans le voisinage du limbe cornéen, le maximum de l'anesthésie occupait le même siège que la lésion.

Dans l'observation I on note une anesthésie complète au centre de l'opacité ; cette analgésie diminue en se rapprochant de la périphérie.

Les mêmes phénomènes se retrouvent dans les observations II et V : dans l'une (obs. II), l'anesthésie est à peu près complète au point ulcéré et dans son voisinage ; dans l'autre (obs. V), une anesthésie complète est notée sur le fond de l'ulcération que l'on peut toucher sans provoquer aucune sensation, quoiqu'elle soit très superficielle. Le pourtour de cette ulcération formée par une zone d'infiltration gris blanchâtre est également anesthésié.

Dans les deux cas la sensibilité s'accroît au fur et à mesure que l'on gagne la périphérie, tandis que les lamés de la cornée recouvrent leur transparence.

Il semble y avoir un rapport direct entre l'anesthésie et l'intensité de l'infiltration.

Conjonctive. — La conjonctive de même que la cornée

peut éprouver des troubles dans sa sensibilité. On sait que la conjonctive palpébrale est peu sensible, la conjonctive bulbaire l'est encore moins. A l'état normal, ce sont les parties inférieures et supérieures qui sont le plus dépourvues de sensibilité, celle-ci étant plus prononcée de chaque côté de la cornée dans le diamètre transversal de l'œil. Il y a donc là une cause d'erreur à éviter dans l'interprétation d'un fait qui est normal. Mais cela étant dit, on peut constater une diminution considérable de la sensibilité, et même sa disparition complète. Il est des cas où le pincement de cette muqueuse ne provoque aucune douleur.

A côté de ces troubles de la sensibilité, la conjonctive est le siège d'une hyperémie intense et même d'une véritable conjonctivite catarrhale. La conjonctive bulbaire et palpébrale est parcourue par des vaisseaux volumineux, tortueux ; une sécrétion de la muqueuse se produit, s'accompagnant même de production de muco-pus.

La muqueuse rouge, gonflée, œdématisée peut former un chémosis ; l'œdème peut gagner les paupières ainsi que cela se voit dans l'observation I. Si la conjonctive n'est pas trop œdématisée aux abords de la cornée, on peut remarquer quelquefois une fine injection périkeratique, qui démontre que l'hyperémie ne porte pas seulement sur la muqueuse.

Enfin la sécrétion lacrymale est assez abondante.

Iris. — L'iris peut aussi participer quelquefois à la congestion ; c'est ce dont on peut s'apercevoir lorsque l'infiltration de la cornée permet de l'observer. Sa colo-

ration est quelque peu altérée; les mouvements de la pupille sont paresseux.

Régions cutanées et muqueuses innervées par la 5^e paire. — Si la cornée nous a présenté tous les degrés de l'anesthésie, depuis une sensibilité à peine émoussée jusqu'à l'analgésie la plus complète, nous retrouvons ici à peu près les mêmes rapports. Dans le cas de M. Lagrange, la paralysie des deux trijumeaux était complète: l'anesthésie était absolue dans tout le domaine du trifacial. D'ailleurs la sensibilité peut être intacte dans toutes ces régions. Entre ces termes extrêmes on peut rencontrer tous les degrés intermédiaires, avec des formes plus ou moins variées.

C'est ainsi que M. Kalt, dans l'observation qu'il nous a remise, à côté d'une anesthésie cornéenne presque absolue note une diminution considérable de la sensibilité cutanée dans la région innervée par l'ophtalmique, ainsi que dans la région sous-orbitaire et aux gencives supérieures; et une sensibilité intacte dans le domaine du maxillaire inférieur.

Dans un cas, nous avons même trouvé une légère hyperesthésie sur le trajet du nasal; Et quoique la pression sur les différentes branches nerveuses ne réveillât aucune douleur, celles-ci paraissaient cependant être le siège d'une vive irritation, qui se manifestait par de violentes douleurs revenant par accès, à caractère nettement névralgique.

De plus, dans toute la région périorbitaire, la peau était rouge, tuméfiée. Si à ces symptômes on ajoute les

suivants présentés par le même malade : tels que conjonctivite intense avec chémosis, œdème des paupières, principalement la supérieure, iritis, congestion de la pituitaire du même côté, on a le tableau clinique d'un véritable zona, auquel il ne manquerait que les vésicules caractéristiques.

Rappelons maintenant, à ce sujet la règle posée par Hutchinson que : « Dans le zona ophthalmique, l'œil reste intact tant que l'éruption est limitée au trajet des branches frontales, et qu'il est toujours atteint quand le côté du nez est envahi. » Règle peut-être exagérée et que M. Hybord a ainsi modifiée : « Dans le zona ophthalmique, l'iris et la cornée souffrent rarement quand l'éruption ne siège pas sur le territoire des branches du nerf nasal. Ils souffrent habituellement quand le côté du nez est envahi, et les lésions sont d'autant plus graves que, l'éruption recouvre tout le côté du nez ou l'aile du nez. » Si maintenant, poursuivant la comparaison établie plus haut, nous remarquons que chez notre malade, c'est au côté droit du nez, c'est-à-dire dans le territoire du nasal de la région affectée, que la douleur est la plus vive et la tuméfaction congestive la plus prononcée, nous ne serons pas étonnés de voir apparaître des troubles du côté de la cornée et de l'iris. Mais, de même que nous s'avons vu tout à l'heure l'irritation nerveuse n'aboutir qu'à une influence vaso-motrice, et les troubles trophiques ne se bornent qu'à une congestion vive de la peau et des muqueuses sans aucune éruption ; de même ici la kératite offre un aspect différent de celui que l'on observe dans le zona.

La cornée ne présente ni vésicule ni ulcère consécutif : ses lames sont le siège d'une infiltration que nous avons décrite plus haut.

Enfin, pour en finir avec les altérations cutanées, disons que dans ce dernier cas, la peau était particulièrement sensible à l'influence des agents extérieurs ; et nous avons constaté dans la région affectée une série d'escharres aux points d'application des électrodes, escharres qui n'apparaissaient pas dans la région opposée lorsque l'un des pôles de la pile y était appliqué pendant le même laps de temps.

Pituitaire. — Quelquefois la pituitaire peut être atteinte dans sa sensibilité. D'autre part nous avons trouvé plusieurs fois une congestion manifeste de celle-ci du côté de l'œil affecté. Dans ces cas les malades se plaignent d'être obligés de se moucher constamment depuis qu'ils souffrent de l'œil ; la narine de ce côté est toujours enchifrénée ; et ils rapportent tous ces désordres à un coup d'air. Nous avons pu constater que le catarrhe nasal s'amendait en même temps que les lésions oculaires.

Troubles fonctionnels. — Enfin, il faut noter parmi les troubles fonctionnels les altérations de réfraction, auxquelles peuvent donner lieu une infiltration ou une ulcération de la cornée, et qui peuvent être plus ou moins prononcées selon leur étendue et leur siège.

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

Les lésions de la cornée qui viennent d'être décrites, lésions qui en général affectent les couches superficielles, et se manifestent soit sous la forme d'infiltration, soit sous celle d'une ulcération, pourraient être rapprochées des kératites soit interstielle, soit ulcéreuse. Mais outre que dans cette dernière, il existe une photophobie très marquée, les différents symptômes qui les accompagnent, et principalement l'anesthésie, permettent d'en faire le diagnostic différentiel et leur assignent une cause particulière. Il semble bien que l'on soit en présence de lésions trophiques dont la raison doive être recherchée dans une altération nerveuse.

L'influence nerveuse a été du reste mise en avant depuis longtemps pour expliquer certaines kératites. Fano dit avoir soigné pendant des mois un homme qui était atteint de kératites intermittentes des deux yeux depuis sa jeunesse. « Dès qu'il s'appliquait à un travail intellectuel, sans exercer le moins du monde ses yeux, il était repris d'une nouvelle attaque de kératite. » L'auteur ne fait aucune mention de l'anesthésie cornéenne; mais il se pourrait bien que ce symptôme eût été trouvé, si on l'eût recherché. Quoiqu'il en soit ce cas offre beaucoup d'ana-

logie avec les précédents et paraît rentrer dans la variété de kératite que nous avons décrite.

Maintenant par quel mécanisme ces lésions se produisent-elles ? On ne peut guère qu'invoquer à ce sujet les différentes hypothèses basées sur des sections expérimentales. Depuis Fodera et Magendie qui pratiquèrent les premiers la section intracrânienne du trijumeau, de nombreux physiologistes ont pu reproduire la kératite neuro-paralytique par la section de ce nerf. De ces expériences ainsi que des observations cliniques on a pu conclure que la kératite neuro-paralytique est la conséquence d'une lésion du trijumeau. Mais où les auteurs ne sont plus d'accord, c'est lorsqu'il s'agit de localiser la lésion. Claude Bernard qui avait fait porter la section tantôt en avant, tantôt en arrière du ganglion de Gasser, et qui dans ce dernier cas n'avait pas observé de dégénérescence du nerf, attribuait les altérations de nutrition de l'œil à des troubles circulatoires dus à la section de fibres vasomotrices.

Snellen attribue les désordres consécutifs à ces sections à ce que la cornée insensible ne provoque plus le clignement et ne peut plus par suite, se soustraire à l'influence des agents extérieurs. Mais cette raison, qui a sa valeur, ne suffit pas ainsi que l'ont démontré MM. Duval et Laborde ; ces expérimentateurs ont provoqué la kératite malgré la chute de la paupière supérieure, la 3^e paire ayant été sectionnée en même temps que l'ophtalmique.

Enfin pour d'autres, il existe des fibres nerveuses dites

trophiques, qui président à la nutrition des membranes, et leur section ou altération retentit sur la vitalité des éléments qui sont sous leur dépendance. Meissner et Schiff, d'après leurs recherches, localisent même ces fibres dans la portion interne du nerf trijumeau.

Mais d'un autre côté, Ranvier ayant, par une section circulaire péricornéenne, divisé les troncs nerveux qui pénétrèrent dans la cornée, provoqua une insensibilité absolue de cette membrane et n'observa pas les lésions caractéristiques de la section de la 5^e paire. Cependant les éléments cornéens devaient être dans ce cas privés de tout rapport avec leurs centres trophiques.

A cette expérience M. Laborde fait, il est vrai, une objection ingénieuse : pour lui les lésions commencent par les membranes profondes et « l'ulcération de la cornée étant consécutive à la suppuration de la chambre antérieure, fait défaut lorsque, comme dans les expériences de Ranvier, les nerfs seuls de la cornée ont été lésés et nullement ceux des parties profondes. » Mais il faut pour justifier cette objection admettre que la suppuration de la cornée est consécutive à celle de la chambre antérieure. Or, M. le Dr Poncet (de Cluny), qui collabora aux travaux de M. Laborde, admet lui-même que les lésions de la cornée ne sont pas consécutives à la suppuration de la chambre antérieure, et que le processus ulcéreux gagne les lames de la cornée d'avant en arrière.

Pour nous, dans l'étude de ces affections, nous avons été frappés de la coïncidence d'une vascularisation plus ou moins grande des régions voisines. Les vaisseaux épisclé-

raux et ceux de la conjonctive étaient le siège d'une hyperémie intense; et cette muqueuse offrait souvent tous les caractères de la conjonctivite. Dans toutes les observations analogues que nous empruntons à la publication de M. le Dr Minor, nous retrouvons également la conjonctivite accompagnant la kératite; et même l'auteur fait dans une note une distinction entre cette conjonctivite et l'inflammation réelle: « Le terme de conjonctivite, dit-il, comme il est employé ici, n'est pas tout à fait exact. Cette conjonctivite est une paralysie vasculaire distincte quoiqu'associée à l'inflammation. L'apparence molle de la conjonctive ainsi que les vaisseaux dilatés et tortueux qui sillonnent sa surface présentent un aspect caractéristique, et se distinguent absolument de ce gonflement velouté que l'on remarque dans la conjonctivite pure. » (1)

Enfin dans les expériences physiologiques, nous trouvons la même remarque. Les sections du trijumeau, en outre de l'anesthésie, s'accompagnent « de phénomènes vasculo-dilatateurs, congestifs plus ou moins intenses et plus ou moins généralisés sur la conjonctive oculaire. » Ces phénomènes sont dus sans doute à des actions réflexes dont le centre siège au lieu d'origine de la racine sensitive du trijumeau. MM. Duval et Laborde, dans leurs belles recherches sur l'origine réelle de la racine sensitive du trijumeau, ont démontré expérimentalement l'existence d'un centre vaso-moteur au lieu d'origine de cette racine (1).

1. Minor, *loc. cit.*

1. « Toutefois, nous croyons devoir insister, à ce propos, sur un fait qui, en raison de la constance de sa production expérimen-

Si donc nous rappelons la théorie émise par Claude Bernard au sujet des troubles circulatoires, nous pensons que ces phénomènes de vasculo-dilatation, qui doivent favoriser la diapédèse des cellules migratrices, ne sont pas étrangers aux désordres observés du côté de la cornée.

Sans doute ce n'est pas là le seul facteur, et le mécanique, dans les conditions dont il s'agit, nous paraît avoir, en dehors de son intervention dans le cas de lésion de la racine bulbaire du trijumeau, une importante signification physiologique: nous voulons parler des troubles vaso-moteurs qui accompagnent constamment et immédiatement cette lésion.

Ces troubles consistent, nous l'avons vu, en une vasculo-dilatation d'une intensité remarquable et habituellement rapide, se produisant non seulement dans la sphère des vaisseaux de la conjonctive oculo-palpébrale, mais aussi, et comme il est facile de s'en convaincre, quand on opère sur le lapin, dans la sphère des vaisseaux auriculaires; si bien que les choses se passent, en ce cas, de la même façon qu'à la suite de la section du sympathique cervical, mais avec plus d'extension et d'intensité de phénomène.

La région bulbaire impliquée, dans ces conditions, par la lésion expérimentale, région qui correspond exactement aux origines radiculaires de la racine sensitive de la 5^e paire, semble en conséquence, constituer un centre vasculo-moteur dont l'un des trajets d'action serait précisément ces fibres radiculaires, et plus loin le cordon nerveux qu'elles constituent. Ce centre n'est pas exactement limité à la région originelle de la racine en question, ainsi que l'un de nous a cherché à le démontrer dans des expériences qui feront l'objet d'un mémoire à part; il rayonne et s'étend en bas dans la région bulbo-cervicale, selon un trajet, et jusqu'à une limite inférieure qu'il est permis de fixer à peu près exactement. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de cette étude qui, nous le répétons, viendra en son temps; mais ce qu'il convient d'en retenir, pour notre objet actuel, et qui ressort d'un résultat expérimental constant, c'est qu'il existe, au point d'origine de la racine sensitive du trijumeau, un centre organique comprenant et réunissant la double influence fonctionnelle du sympathique et du trijumeau, l'une de vaso-motricité, l'autre de sensibilité. (Duval et Laborde, *Bulletin de l'Acad. de méd.* 1880.) »

nisme est plus complexe. Il n'est pas rare d'observer des hyperémies et même des inflammations intenses de la conjonctive sans aucune lésion cornéenne. De même on observe des cornées anesthésiques sans lésions: et l'expérience de M. Rauvier en offre un type remarquable. Dans ce cas particulier, la section circulaire des nerfs de la cornée a privé celle-ci de sa sensibilité mais n'a pu provoquer aucun phénomène congestif dans les régions voisines.

Il semble qu'il y ait un rapport entre les phénomènes de vasculo-dilatation d'un côté et le degré de sensibilité de la cornée de l'autre; et que si l'un des facteurs isolément soit impuissant à produire les troubles en question, ceux-ci puissent résulter de leur action combinée.

Comparons maintenant les différentes observations que nous avons pu recueillir, et nous trouverons une série de symptômes communs. Dans bien des cas, c'est au froid seulement qu'est rapportée l'étiologie du mal. Quelques-uns se rapprochent de plus ou moins près de l'herpès zoster ophthalmique. Dans d'autres, M. Minor signale l'infection paludéenne comme cause des névralgies de la 5^e paire. Dans d'autres enfin, on ne sait à quoi attribuer la souffrance de ce nerf. Mais partout le trijumeau est atteint, et sa lésion retentit sur les membranes de l'œil, en donnant lieu à la série des symptômes développés plus haut. Le plus important de ces signes est la perte totale ou partielle de la sensibilité de la cornée, de la conjonctive et autres régions innervées par la 5^e paire. Aussi concluons-nous à l'origine secondaire de ces kératites.

qui pourraient être prises pour des affections primitives, si l'on négligeait de rechercher ce signe : l'anesthésie.

Traitement. — Le traitement doit par conséquent être local et général ; il doit s'adresser à l'affection nerveuse et à l'affection locale. On pourra calmer les douleurs quelquefois violentes par des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Des instillations d'un collyre à l'atropine sont aussi indiquées, surtout dans quelques cas qui se compliquent d'iritis.

Enfin les courants continus nous ont paru donner de bons résultats.

Quoi qu'il en soit, c'est le moment de rappeler la théorie de Snellen, et si les raisons données par cet auteur sur l'origine de la kératite paralytique, ne paraissent pas suffisantes pour expliquer celle-ci dans tous les cas, il n'en est pas moins vrai qu'une cornée privée de sensibilité et surtout altérée déjà offre beaucoup de prise à l'infection : cela ressort encore mieux depuis les travaux de M. Roger qui a démontré que l'absence des nerfs sensitifs favorise l'infection (1).

Aussi devra-t-on assurer l'antisepsie de la cornée et de la conjonctive et soustraire l'œil par un bandage protecteur à l'influence des agents extérieurs. Si les produits d'infiltration tardent à disparaître, quelques pointes de feu dans le voisinage de la cornée pourront hâter leur résorption.

1. Communication à la société de Biologie. — Séance du 22 nov. 1890. — Influence des nerfs sensitifs sur l'infection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Personnelle*).

Névralgie de la cinquième paire droite. — Anesthésie de la cornée et de la conjonctive. — Infiltration de la cornée.

C..., Noël, 64 ans, briquetier, se présente à la clinique des Quinze-Vingts, service de M. le Dr Kalt, le 18 novembre 1890.

Il offre une infiltration centrale de la cornée droite. Le début de son affection remonte à environ un mois. A cette époque, il ressent subitement des picotements dans l'œil droit, qui bientôt changent de caractère et se transforment en douleurs qui deviennent de plus en plus vives.

Ces douleurs, beaucoup plus intenses la nuit que le jour, se font principalement ressentir de 11 heures du soir à 4 ou 5 heures du matin, et ne laissent que peu de repos au malade. Elles se manifestent sous la forme d'accès durant cinq, dix ou quinze minutes, séparés par des intervalles de même durée.

Pendant chaque accès, le malade éprouve des douleurs lancinantes qui s'irradient dans une grande partie de la zone innervée par le trijumeau droit, dans la région périorbi-

taire et jusqu'au sinciput. Mais elles sont surtout marquées dans la tempe droite et vers l'angle interne de l'œil, sur le trajet du nasal.

De plus, dit le malade, son œil est rouge, injecté, ainsi que les parties avoisinantes : paupières, côté droit du nez, etc. Il est enchifréné, son nez coule, principalement la narine droite.

En même temps, des troubles de la vision se manifestent de ce côté. Il se développe sur la cornée une tache qui augmente jusqu'au 18 novembre, époque à laquelle il vient consulter.

Actuellement, voici ce que l'on constate :

La douleur n'a pas cessé depuis le début et affecte un caractère nettement névralgique ; néanmoins, elle n'est pas réveillée par la pression sur le trajet des branches nerveuses, frontal, sous-orbitaire, nasal ; aucune réaction non plus à la pression au niveau du trou mentionner.

Toute la région périorbitaire est rouge, congestionnée.

On observe également une congestion assez vive de la conjonctive bulbaire et palpébrale, ainsi qu'une sécrétion abondante de larmes.

La cornée est le siège d'une infiltration centrale, un peu plus étendue en bas, en sorte que la zone transparente qui l'entoure est bien plus étroite dans cette partie de la cornée que dans les autres. Le centre est occupé par un leucome ancien, autour duquel s'est fait l'infiltration qui, épaisse, blanchâtre à ce niveau, s'atténue vers la périphérie où elle n'offre plus qu'un aspect nuageux, visible seulement à l'éclairage oblique.

La pupille est irrégulière ; l'iris est congestionné, paresseux.

Si maintenant on recherche la sensibilité, voici ce que l'on observe :

T — 1.

Au centre de l'opacité, anesthésie complète.

A la périphérie de la cornée, sensibilité considérablement diminuée et d'autant moindre que l'on se rapproche du centre.

La peau de la région périorbitaire a conservé sa sensibilité ; il y aurait peut-être un peu d'hypéresthésie à la racine du nez, côté droit (trajet du nasal).

Sensibilité de la pituitaire et des gencives également conservée.

L'opacité masquant l'ouverture pupillaire ne permet pas d'apprécier l'état du fond de l'œil.

Antécédents. — Si on interroge le malade, on apprend qu'il y a vingt-cinq ans il fut pris de la même façon et dans les mêmes conditions. Apparition subite de douleurs névralgiques violentes, au point de lui inspirer des idées de suicide ; infiltration cornéenne ; et troubles fonctionnels en résultant. Il fut soigné par Desmarres pendant trois ans, au bout desquels tout rentra dans l'ordre. La douleur disparut ; l'infiltration se résorba, ne laissant qu'un leucome central qui constitue le centre de l'opacité actuelle.

D'autre part, pas de syphilis : ni commémoratifs ni signes objectifs ne peuvent la faire soupçonner.

Pas de rhumatismes.

Étant jeune, il a souffert fréquemment de névralgies dentaires.

Traitement. — Un collyre à l'atropine et des courants continus sont prescrits. Le malade suit ce traitement pendant quelque temps.

Le 9 décembre, le malade présente une rougeur plus vive de la région périorbitaire : les paupières, principalement la supérieure, sont œdématisées ; conjonctivite intense.

Ces troubles qui, au dire du malade, se sont aussi manifestés lors de sa première atteinte, il y a vingt-cinq ans attribués d'abord à une conjonctivite atropinique, disparaissent bientôt, malgré la continuation de l'atropine.

A la même époque, on observe sur le front et la tempe droite plusieurs petites escharres d'environ un centimètre, siégeant aux différents points d'application des électrodes. Ayant fait alors placer l'un des pôles de la pile sur la tempe gauche, la peau ne présenta qu'un peu de rougeur de ce dernier côté, quel que fût le pôle, tandis qu'à droite il se fit une nouvelle escharre.

15 décembre. — A la partie inférieure de la cornée, la zone transparente a disparu pour faire place à une infiltration nuageuse et de petits vaisseaux commencent à y apparaître ; des pointes de feu sont appliquées au niveau du limbe scléro-cornéen. Courants continus.

Peu à peu les symptômes s'amendent.

OBSERVATION II (*Personnelle*).

Conjonctivite. — Anesthésie partielle de la cornée. — Ulcération de la cornée.

R..., 46 ans, raffineur, se présente à la clinique des Quinze Vingts, service de M. le D^r Kalt le 18 novembre 1890. Il est atteint de conjonctivite catarrhale double.

On observe à l'œil gauche les traces d'une iritis ancienne (cercle pointillé sur la cristalloïde antérieure). Elle remonte,

dit le malade, à une première affection des yeux dont il a souffert il y a onze ans.

La conjonctivite actuelle, sous l'influence d'un traitement approprié, marche vers la guérison.

1^{er} janvier 1891. — Rechute.

Le malade est revu le 3 janvier. Les symptômes de conjonctivite ont réapparu avec une nouvelle intensité à l'œil gauche. L'iris est hyperémié.

La cornée présente une petite ulcération superficielle, autour de laquelle s'est produite une infiltration assez étendue.

Dans le voisinage de l'ulcération, l'anesthésie est à peu près complète. Moindre dans les autres parties, on la note principalement dans les régions inférieure et supérieure de la cornée.

D'autre part, on n'observe pas d'anesthésie cutanée ; aucun autre trouble ne se manifeste dans la zone d'innervation du trijumeau, sauf peut-être un certain degré de congestion de la pituitaire, qui donne lieu à un écoulement nasal abondant du côté affecté.

10 janvier. — La conjonctive est en bonne voie de guérison.

L'anesthésie cornéenne diminue.

L'ulcération se répare.

15 janvier. — La cicatrisation est complète. Il subsiste un leucome entouré d'une infiltration blanchâtre. La conjonctivite est guérie.

Acuité visuelle : OD +1,50 V=2/3

OG +4 V=1/6

OBSERVATION III (*Inédite*)

Communiquée par M. le Dr Kalt.

Analgesie cornéenne presque absolue. — Diminution de la sensibilité dans le domaine de la cinquième paire. — Opacité centrale de la cornée.

P..., 30 ans, boulanger, demeurant à Troyes, se présente le 6 mars 1889, avec un néphélium central de la cornée gauche qui existait depuis 10 ans. Cet œil possède une acuité moindre depuis cette époque.

Depuis 8 mois, il larmoie. Photophobie. Jamais de douleur dans l'œil ni au pourtour.

Jamais d'éruption de zona.

Actuellement.— Analgesie presque complète de la cornée gauche.

Opacité blanche, bien limitée au centre.

Pas de vascularisation.

Le reste de la cornée est transparent, non ectasié.

Iris normal. Réflexe pupillaire normal. — Sécrétion lacrymale normale.

Diminution très notable de la sensibilité à la piqure dans le domaine de l'ophtalmique (nez, front, orbite en dehors); dans la région sous-orbitaire, aux gencives supérieures.

Le maxillaire inférieur paraît intact, ainsi que l'auriculo-temporal.

OD V = 1. T = — 1

OG V = 1/3 sans correction possible. T = — 1

A l'ophthalmoscope, aucune lésion, si ce n'est un certaine dilatation des veines, qui se retrouve avec un degré moindre à droite.

Pas de chorôidite.

Est sujet à des fluxions, abcès dentaires et à des furoncles chaque année. — Deux abcès depuis 3 ans.

OBSERVATION IV (*Personnelle*).

Herpès labialis. — Anesthésie incomplète de la cornée.

Ulcération et foyers d'infiltration de la cornée.

M^{me} J..., 61 ans, journalière.

Légèrement indisposée le 21 janvier. — Fièvre dans la nuit.

Le lendemain matin, éruption de vésicules d'herpès localisées à la partie droite de la lèvre supérieure et à la tempe du même côté.

Le soir, l'œil est rouge, injecté, et pleure abondamment.

Douleurs lancinantes dans la tempe droite et au pourtour de l'orbite.

Ces douleurs augmentent d'intensité deux jours après; la vision se trouble. Photophobie.

Vient consulter le 27 janvier 1891.

Conjonctivite. — Dacryocystite.

Ulcère superficiel à la partie inférieure de la cornée.

Points d'infiltration disséminés dans tout le reste de l'étendue de la membrane transparente.

Anesthésie incomplète dans le voisinage de l'ulcération et des foyers d'infiltration.

Sensibilité intacte dans le reste du domaine du trijumeau.

OBSERVATION V (*Personnelle*).

Conjonctivite. — Anesthésie partielle et incomplète de la cornée et de la conjonctive. — Ulcération et infiltration de la cornée.

B..., Charles, 42 ans, fondeur, se présente à la consultation de M. le D^r Kalt le 20 janvier 1891.

Il souffre depuis deux jours de l'œil gauche et attribue au froid l'origine de son affection.

L'œil est larmoyant. La conjonctive bulbaire et palpébrale est fortement injectée.

La sécrétion conjonctivale est augmentée et donne lieu à la production de quelques flocons muqueux.

Quelques douleurs au pourtour de l'orbite.

La cornée est intacte.

Le diagnostic du conjonctivite catarrhale est porté et un traitement approprié est prescrit.

Le malade est revu le 24 janvier.

La conjonctive présente le même aspect.

Il éprouve toujours de légères douleurs au pourtour de l'orbite, en même temps qu'une légère photophobie.

Mais la cornée est atteinte à son tour. En bas et en dehors se trouve une petite ulcération ovalaire, superficielle, entourée d'une zone opaque blanchâtre. De plus, toute la cornée est le siège d'une infiltration diffuse, nuageuse, avec çà et là quelques points plus opaques.

Le fond de l'ulcération est insensible, ainsi que la zone

d'infiltration qui l'entoure ; mais l'anesthésie diminue au fur et à mesure que l'on s'en éloigne.

D'autre part, dans tout le reste de l'étendue de la cornée, la sensibilité est manifestement diminuée.

Diminution considérable également de la sensibilité conjonctivale.

Pas d'anesthésie dans les autres régions innervées par la cinquième paire, cutanées ou muqueuses.

Iris normal. — Tension du globe oculaire diminuée.

Enchifrènement de la narine gauche.

31 janvier. — La conjonctive est moins enflammée.

La cornée s'éclaircit en même temps que la sensibilité disparaît ; mais l'ulcération s'est élargie.

7 février. — L'injection conjonctivale est très diminuée. La cornée est claire et n'offre plus qu'une ulcération superficielle, entourée d'une petite zone d'anesthésie.

OBSERVATION VI

(M. le D^r Lagrange, *Recueil d'ophtalmologie*, 1890, p. 647).

Paralysie double et complète des deux nerfs de la cinquième paire. — Ulcération de la cornée gauche.

M^{me} X.... âgée de 39 ans, atteinte de kératite centrale de l'œil gauche, survenue sans cause appréciable.

Les attouchements de la cornée, les pincements de la conjonctive ne réveillent, ni à droite ni à gauche, la moindre sensibilité.

La même anesthésie existe, complète, dans toute la région innervée par les deux trijumeaux.

La malade se rappelle que, dans son enfance, le besoin de se moucher ne se faisait jamais sentir pour elle et qu'elle devait s'astreindre à des soins particuliers pour manger, car elle ne sentait pas les aliments dans sa bouche.

Le goût est normal, prononcé surtout dans la partie postérieure de la bouche ; l'olfaction est aussi normale, seulement la piqure de la langue ne produit qu'un chatouillement et l'introduction dans le nez d'un stylet est inaperçue. La sécrétion des larmes est assez facilement abondante. Les pupilles sont normales.

Pas traces d'hystérie.

La malade guérit assez rapidement de son ulcération cornéenne dont il ne lui reste qu'un leucome indélébile.

OBSERVATION VII

(James L. Minor. *American journ. of medical scienc.*, juillet 1881, p. 131).

Douleurs névralgiques. — Anesthésie de la cornée et de la conjonctive. — Ulcération de la cornée.

Un homme, âgé de 35 ans, vigoureux et bien portant, souffre depuis plusieurs mois de l'œil gauche, affection qu'il attribue au froid, et qui a résisté à tout traitement.

Il éprouvait une douleur, souvent aiguë, dans l'œil et quelquefois aussi dans la région sus-orbitaire ; et, à deux reprises différentes, la douleur s'est étendue à tout le côté gauche de la face.

Actuellement, on constate :

Conjonctivite ;

Macération de la couche épithéliale de la cornée, avec de petites ulcérations à la périphérie ;

Anesthésie de la cornée ainsi que de la conjonctive.

Après divers traitements (atropine, lotions froides ou chaudes, paracentèse de la cornée, bandage protecteur, et.), le malade s'en va avec un peu de mieux, au bout de cinq semaines.

Ce malade avait une molaire gauche cariée qui le faisait souffrir ; on la lui a enlevée, et cela n'a eu aucune influence sur l'affection de l'œil.

OBSERVATION VIII

(J. L. Minor, *Améric. journal of méd. scienc.*, juillet 81, p. 131). — *Conjonctivite*. — *Kératite*. — *Anesthésie de la cornée*.

Une femme, âgée de 27 ans, ayant pris froid à l'œil, il y a un an, souffre depuis cette époque.

L'attaque dont elle souffre maintenant a commencé il y a plusieurs semaines, et depuis deux jours la douleur qu'elle ressent autour de l'œil est très violente.

Actuellement :

Conjonctivite.

Kératite : vaste érosion de la couche épithéliale de la cornée.

Anesthésie de la cornée,

Tension du globe de l'œil réduite.

Pas d'iritis, mais une pupille contractée qui ne réagit que peu à l'atropine.

Après environ cinq semaines d'un traitement local et

général, la couche épithéliale de la cornée s'est reproduite. La sensibilité, tout en étant encore émoussée, a reparu en partie sur la cornée.

OBSERVATION IX

(*Minor, loc. citat.*). — *Douleur névralgique périodique. — Conjonctivite. — Ulcération de la cornée.*

Un homme bien portant, robuste, âgé de 60 ans, a pris froid à l'œil droit il y a environ trois semaines, et depuis quelques jours il éprouve une violente douleur dans le côté droit de la face et de la tête.

Actuellement on note :

Conjonctivite.

Erosion de l'épithélium de la cornée sur son bord interne.

Anesthésie partielle de la cornée et de la conjonctive.

Pas d'iritis, mais une pupille contractée et apathique.

Tension du globe de l'œil réduite.

Le traitement local n'a pas donné de résultats satisfaisants ; les remèdes employés ont plutôt provoqué de l'irritation. Enfin, au bout de trois semaines nous avons donné de l'extrait de gelsemium. Ce remède a fait disparaître la douleur ; l'inflammation s'est calmée et la sensibilité a réapparu. La morphine à haute dose n'a pas réussi à calmer les douleurs violentes.

Ces douleurs, quoique continuelles, s'exaspéraient de deux heures à cinq heures, ce qui nous fit penser que la maladie avait un caractère paludéen. L'administration de la quinine ne donna cependant aucun soulagement.

OBSERVATION X

(*Minor, loc. citat.*). — *Névralgie faciale.* — *Conjonctivite.*
— *Kératite.* — *Anesthésie de la cornée et de la conjonctive*
ainsi que de la peau de la face.

Un homme, âgé de 48 ans, souffre depuis deux mois d'une névralgie faciale du côté droit, avec bouffissure du même côté. A la suite de cette bouffissure, cinq ou six jours après, survint une inflammation de l'œil droit, inflammation qui disparut au bout de quelques jours, laissant la vision affaiblie. Nous notons plusieurs rechutes.

Actuellement, on observe :

Conjonctivite.

Kératite.

Anesthésie de la cornée et de la conjonctive.

La sensibilité cutanée du côté droit de la face est diminuée.

Un traitement local et général est prescrit.

L'avulsion de sept dents cariées n'eut aucune influence sur la marche de l'affection.

OBSERVATION XI

(*Minor, loc. citat.*). — *Anesthésie de la cornée.* — *Conjonctivite.*

Un homme, âgé de 25 ans, atteint de conjonctivite se compliquant d'anesthésie de la cornée, suivit pendant quatre

jours un traitement local qui ne donna aucune amélioration.

On s'aperçut alors qu'il souffrait d'une névralgie sus-orbitaire, avec douleur sur le trajet de ce nerf. Il avait des antécédents paludéens.

De fortes doses de quinine lui sont aussitôt administrées et au bout de deux jours il semble guéri.

La sensibilité de la cornée a réapparu.

OBSERVATION XII

(Minor, loc. citat.). — *Névralgie sus-orbitaire. — Paludisme. — Anesthésie de la cornée. — Ulcération de la cornée.*

Un homme de 30 ans, ayant des antécédents paludéens, souffre de névralgie se traduisant par des douleurs sur le trajet du sus-orbitaire.

La cornée anesthésiée était le siège d'une kératite ulcéreuse.

Le traitement fut la paracentèse de la cornée, l'atropine, des lotions boriquées, un bandage protecteur et de fortes doses de quinine.

Deux jours après il allait beaucoup mieux et au bout de quatre jours nous constatons qu'il pouvait retourner chez lui à peu près guéri. La cornée était redevenue sensible.

OBSERVATION XIII

(*Minor, loc. citat.*). — *Névralgie sus-orbitaire. — Anesthésie de la cornée. — Conjonctivite. — Infiltration cornéenne.*

Un homme, âgé de 47 ans, souffre d'une névralgie sus-orbitaire. — Il est en même temps atteint de conjonctivite ; la cornée présente de l'anesthésie et une légère opacité. Au traitement local ordinaire, on ajoute de fortes doses de quinine.

Nous n'avions pas revu ce malade depuis plusieurs semaines, quand il revint et déclara lui-même que l'amélioration commençait aussitôt que survenait un « bourdonnement dans les oreilles ».

La cornée est maintenant sensible ; le nerf sus-orbitaire n'est plus douloureux.

OBSERVATION XIV

(*Minor, loc. citat.*). — *Névralgie sus-orbitaire. — Anesthésie de la cornée et de la conjonctive.*

Un homme de 28 ans est atteint de conjonctivite depuis une semaine.

La conjonctive et la cornée sont toutes deux insensibles

La pupille est petite et paresseuse ; mais pas d'iritis.

On note une névralgie sus-orbitaire.

L'amélioration commence et continue sous l'influence de la quinine et d'une médication locale.

OBSERVATION XV

(*Minor, loc. citat.*). — *Névralgie faciale. — Anesthésie de la cornée avec infiltration. — Conjonctivite.*

Un homme, âgé de 35 ans, est sujet à des maladies des yeux depuis neuf ans.

Il eut une 1^{re} attaque en 71 ; la 2^e en 76 ; la 3^e en 77 ; la 4^e et dernière en 80. Cette dernière attaque survint à la suite d'un refroidissement, il y a une semaine environ. Ce malade souffre de douleurs névralgiques aiguës du même côté de la face, plus vives surtout sur le trajet des nerfs sus et sous-orbitaires.

La conjonctive est enflammée et la cornée infiltrée présente un aspect nuageux.

De plus, on note l'anesthésie de la cornée.

La pupille est petite et paresseuse ; pas d'iritis.

Traitement local : Quinine.

Quatre jours plus tard le malade allait beaucoup mieux.

OBSERVATION XV (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le D^r Kalt.

Opacité centrale de la cornée. — Anesthésie de la cornée et de la face interne du nez.

R... Constant, journalier, âgé de 58 ans, s'est présenté déjà au mois de juin 1890, à la clinique des Quinze-Vingts. atteint d'une opacité centrale de la cornée droite.

L'œil gauche s'est atrophié à la suite d'une déchirure du globe reçue dans un coup de mine, en 1861. Ce traumatisme avait en outre donné lieu à une brûlure de la face. Les paupières étaient gonflées; l'œil droit avait été légèrement atteint.

Le malade dit avoir pu se servir de son œil droit au bout de six semaines.

Depuis cette époque, il présente un petit néphélion qui ne l'empêche pas de lire.

La partie inférieure de la cornée est à peu près transparente.

De l'anesthésie est notée au niveau du leucome.

Une iridectomie est pratiquée le 5 août 1890.

Le malade est revu le 17 février 1891.

L'opacité, blanc-grisâtre, paraît avoir augmenté. Le centre de la cornée est le siège d'un leucome assez étendu, et l'on remarque de petits foyers interstitiels dans la partie inférieure.

L'anesthésie est à peu près complète au niveau de l'opacité. La sensibilité est très diminuée sur toute la cornée, même sur la partie transparente.

La sensibilité est également diminuée au niveau du lobule et de la face interne droite du nez.

Même anesthésie à gauche dans le sillon naso-lobaire.

La sensibilité est intacte partout ailleurs. La tension de l'œil droit est diminuée.

CONCLUSIONS

1° Certaines kératites se présentant tantôt sous la forme d'ulcérations superficielles, tantôt sous celle d'infiltration plus ou moins étendue de la cornée, se compliquent de troubles fonctionnels de la 5^e paire ;

2° Ces troubles nerveux se manifestent fréquemment par des névralgies trifaciales ;

3° Souvent, mais non toujours, par de l'anesthésie ou une diminution de la sensibilité dans les régions cutanées et muqueuses innervées par le trijumeau ;

4° Dans tous les cas, par une anesthésie complète ou incomplète de la cornée et de la conjonctive ;

5° Par une congestion assez vive de la conjonctive ;

6° Ces lésions cornéennes semblent devoir être considérées comme secondaires et d'origine paralytique. Elles paraissent être en rapport avec des altérations légères du nerf trijumeau ; elles guérissent, lorsque celui-ci recouvre ses fonctions.

VU :

Le président de la soutenance,

PANAS.

VU :

Le doyen,

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Fano.** — Traité pratique des maladies des yeux (T. II, p. 25).
- Panas** — Leçons sur les kératites.
- Galezowski.** — Traité des maladies des yeux.
— Sur les affections oculaires provenant de la 5^e paire (Rec. d'ophth., 1875, p. 353).
- Noyes** (H. S.). — Paralysis of the fifth cerebral nerve and its effects (New-York med. journ., p. 163).
- Minor** (J. L.). — Anæsthesia of the cornea and its significance in certain forms of eye diseases (American journ. of medic. scienc., p. 131, juillet 1881).
- De Wecker et Landolt.** — Traité d'ophtalmologie.
- Horner.** — Zwei Falle von Trigeminus lähmmog mit secundären Augenaffectionen (correspl, f. schweizer Aerzte, p. 670).
- Claude Bernard.** — Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux.
- Vulpian.** — Phénomènes consécutifs à la section de la 5^e paire (Gaz. méd., p. 385).
- Duval et Laborde.** — Bulletin de l'Acad. de méd., 1880.
- Brière.** — Kératite réflexe consécutive à un traumatisme de la région périorbitaire du même côté (Ann. d'ocul., T. LXXXII, p. 357).
- Lagrange.** — Kératite paralytique (Rec. d'ophth. Nov. 1870, p. 647).
- Roger.** — Communication à la Société de biologie (Séance du 22 nov. 1890). Influence des nerfs sensitifs sur l'infection.

